





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی قزوین
دانشکده ی پزشکی شهیدبابایی

پایان نامه
جهت اخذ درجه ی دکتری تخصصی در جراحی عمومی

موضوع
بررسی شیوع اسهال بعد از کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک در
بیماران مراجعه کننده به بیمارستان ولایت قزوین در سال 1394

استاد راهنما:
جناب آقای دکتر حسین پارسا

اساتید مشاور:
جناب آقای دکتر علیرضا محمدزاده
سرکارخانم دکتر یزدی

نگارش:
دکتر حسین فاتحی پور

سال تحصیلی: 1394-95

شماره ی پایان نامه: 471

با تشکر فراوان از استاد
بزرگوار جناب آقای دکتر حسین
پارسا که بدون راهنمایی های
ارزنده ایشان انجام این تحقیق
میسر نبود.

همچنین از استاد مشاور گرانقدر
آقای دکتر علیرضا محمدزاده

و نیز از استاد مشاور آمار سرکار
خانم دکتر زهره یزدی به خاطر
تمامی راهنمایی هایشان
سپاسگذارم.

تقدّم به پدر و مادر عزّ؟ زم

و به استادان عزیزم

جناب آقای دکتر حسین پارسا

جناب آقای دکتر علیرضا محمدزاده

جناب آقای دکتر پرویزفلاح

فهرست مطالب

صفحه

چکیده 7

فصل 1 : مقدمه و بیان مسئله

مقدمه 10

فصل 2 : بررسی متون

بررسی متون و مروری بر مقالات 42

فصل 3 : مواد و روش کار

اهداف 46

فرضیه ها 47

نوع مطالعه 47

روش جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها 50

جدول متغیرها 51

فصل 4 : یافته ها

یافته ها 53

فصل 5 : بحث و نتیجه گیری

بحث و نتیجه گیری 60

منابع 62

چکیده لاتین 65

چکیده:

زمینه و هدف:

با توجه به اینکه کله سیستیت مزمن و جراحی کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک (LC) و به طبع عوارض بعد از عمل برداشتن کیسه صفرا شایع می باشد لذا بررسی عارضه اسهال بعد از کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک و رابطه آن با مصرف غذای کم چرب مفید است. هدف از این مطالعه بررسی شیوع اسهال بعد از LC و رابطه آن با جنس، سن و رژیم غذایی می باشد.

روش کار:

در این مطالعه تعداد 88 بیمار مبتلا به کولیک صفراوی که در سال 1393 و 1394 به بخش جراحی بیمارستان ولایت قزوین و عمل LC ارجاع شده بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. بطوریکه جنس، سن و رژیم غذایی و بروز اسهال قبل و 10 تا 15 روز بعد از عمل بررسی شد و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون Chi Square و T-Test بررسی گردید.

نتایج:

88 بیمار با میانگین سنی $42/19 \pm 14/4$ ، 79/5% جنس زن و 20/5% جنس مرد بررسی شدند. نتایج نشان داد که شیوع اسهال بعد از LC، 11/4% بوده و P-Value رابطه اسهال بعد از عمل با سن و رژیم غذایی معمولی به ترتیب 0/033 و 0/717 بدست آمد. میانگین سنی بروز اسهال 33/10 و میانگین سنی بدون اسهال 43/36 محاسبه گردید.

نتیجه گیری:

با توجه به اینکه $0/05 < 0/033$ می باشد لذا رابطه معنی داری بین اسهال بعد از عمل LC و سن بیمار بدست آمد. و نیز با توجه به اینکه $0/05 < 0/717$ می باشد بین اسهال و رژیم غذایی معمولی رابطه معنی داری وجود ندارد.

فصل اول

مقدمه و بیان مسئله

سندرم بعد از کله سیستکتومی :

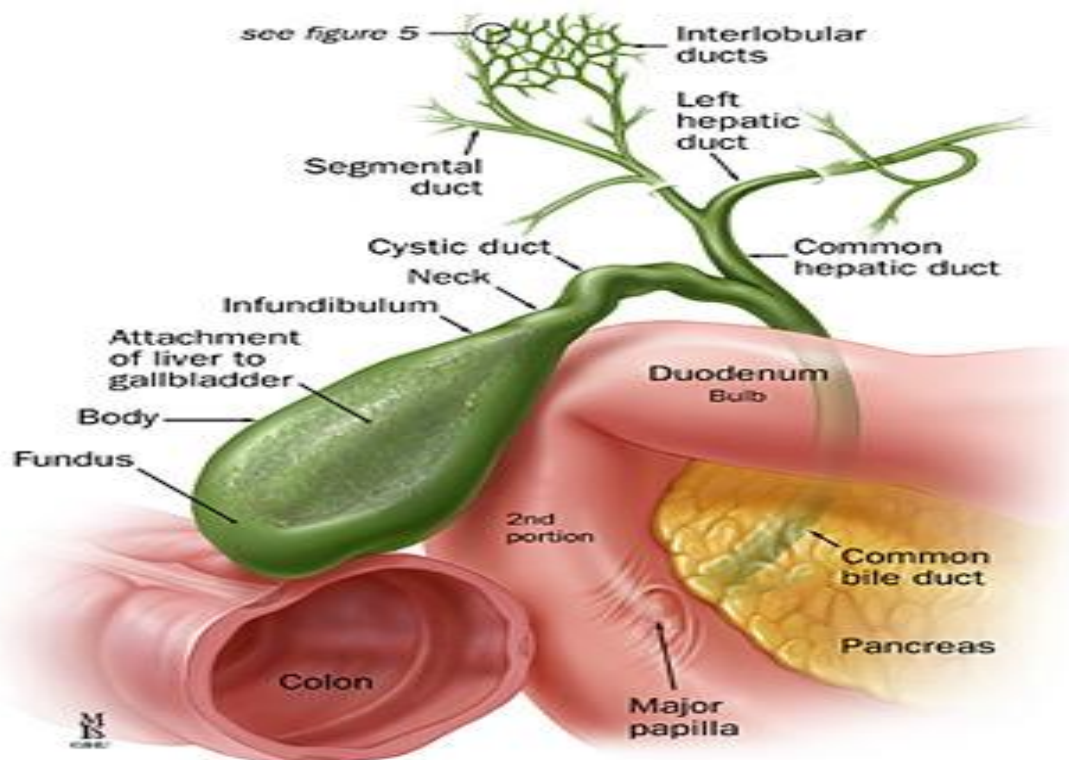
اصطلاح سندرم پس از کله سیستکتومی (PCS) به علائم بعد از کله سیستکتومی گفته میشود. این علائم میتواند یا ادامه علانمی باشد که تصور میشود به علت پاتولوژی کیسه صفرا باشد یا توسعه علائم جدید که به کیسه صفرا نسبت داده می شود. PCS همچنین شامل ایجاد علائم به علت برداشتن کیسه صفرا نیز می شود (مثل گاستریت و اسهال) به طورعمومی PCS ناشی از تغییرات در جریان صفرا به علت از دست دادن عملکرد ذخیره ای کیسه صفرا است. دو نوع مشکل بعد از کله سیستکتومی ممکن است ایجاد شود:

1. به طور مستمر جریان صفرا افزایش یافته به دستگاه GI وارد می شود که منول ازوفازیت و گاستریت است.
2. تغییر در دستگاه GI تحتانی و ایجاد اسهال و درد کولیکی تحتانی ممکن است ایجاد شود.

آناتومی :

کیسه صفرا یک کیسه گلابی شکل با طول 7 تا 10 سانتی متر و ظرفیت 30 تا 50 میلی لیتر دارد. کیسه صفرا در حفره ای در سطح تحتانی کبد قرار دارد.

مجاری صفراوی خارج کبدی شامل : مجاری کبدی راست و چپ و مجرای کبدی مشترک ، مجرای سیستیک و مجرای مشترک صفراوی یا کلدوک است . مجرای صفراوی مشترک به بخش دوم دوازدهه وارد می شود . مجرای سیستیک کیسه صفرا را به مجرای هپاتیک مشترک وصل کرده تشکیل مجرای صفراوی مشترک می دهد.



فیزیولوژی کیسه صفرا :

کبد دائما در حال ساخت صفرا می باشد و آن را به کانالیکول های صفراوی تخلیه می کند . افراد نرمال با رژیم غذایی مناسب چیزی حدود 500 تا 1000 میلی لیتر در روز صفرا تولید می کنند . ترشح صفرا به محرک های مختلفی از جمله عصبی ، هورمونی و یا شیمیایی وابسته است . تحریک واگ موجب افزایش ترشح صفرا می شود.

Hcl (اسید معده) پروتئین های غذایی نیم ه هضم شده و اسید های چرب در دئو دنوم موجب آزاد شدن سکرترین (Secretin) از دئودنوم می شوند که به نوبه خود باعث افزایش تولید و جریان صفرا می شود . جریان صفراوی از کبد به مجاری کبدی است پس به مجرای کبدی مشترک و از طریق آن به مجرای صفراوی مشترک و در نهایت به دئودنوم است . با وجود یک دریچه اُدی سالم ، جریان صفرا به کیسه صفرا هدایت می شود.

صفرا عمدتا از آب ، الکترولیت ها ، نمک های صفراوی ، پروتئین ها ، لیپیدها و پیگمان های صفراوی تشکیل شده است. pH صفرا کبدی معمولا خنثی یا کمی قلیایی است اما با رژیم های مختلف تفاوت می کند ، نمک های صفراوی اولیه ، کولات و کنودنوکسی کولات ، در کبد از ک لسترول ساخته می شوند . آن ها همانجا با تورین و گلیسین کنژوگه می شوند و در صفرا به عنوان آنیون (اسید های صفراوی) عمل می کنند که با سدیم به تعادل می رسند، نمک های صفراوی توسط هیپاتوسیت ها به داخل صفرا ترشح می شوند و در هضم و جذب چربی ها در روده مورد استفاده قرار می گیرند.

در روده ها حدود 80% اسید های صفراوی کنژوگه در ایلئوم انتهایی بازجذب می شوند . باقیمانده توسط باکتری های روده ای دکنژوگه شده و تشکیل اسیدهای صفراوی ثانویه به نام دئوکسی کولات و لیتوکولات را می دهند. اینها در کولون جذب می شوند و دوباره به کبد منتقل شده ، کنژوگه شده و به صفرا تخلیه می شوند. در نهایت حدود 95% از تخلیه اسید صفراوی دوباره جذب می شود و از طریق سیستم وریدی پورت به کبد انتقال می یابد (جریان انتروهپاتیک) 5% باقیمانده در مدفوع ترشح می شود و این سبب می شود تا مقدار کمی از اسیدهای صفراوی تاثیر زیادی داشته باشد.

عملکرد کیسه صفرا :

کیسه صفرا ، مجاری صفراوی و اسفنکتر اُدی با فعالیت هماهنگ خود ، عمل ذخیره سازی تنظیم جریان صفرا را به عهده دارند . عملکرد اصلی کیسه صفرا ، تغلیظ کردن و ذخیره کردن صفراوی کبدی و فرستادن صفرا به دئودنوم در پاسخ به غذای خورده شده می باشد.

در حالت گرسنگی تقریبا 80% صفرا ترشح شده از کبد ، در کیسه صفرا ذخیره می شود . این ذخیره به علت قدرت فوق العاده کیسه صفرا در جذب می باشد . چنان که مخاط کیسه صفرا در مقایسه با هر ساختاری در بدن ، بالاترین قدرت واحد جذبی را در واحد سطح بدن دارد . کیسه صفرا به سرعت سدیم ، کلر و آب را در برابر گرادیان غلظتی ، جذب می کند و تا 10 برابر آن را تغلیظ کرده و یک تغییر اساسی در ترکیب صفرا ایجاد می کند. این جذب سریع یکی از مکانیسم هایی است که در شرایط نرمال مانع از افزایش فشار در داخل

کیسه صفرا می شود. شل شدن و تخلیه تدریجی کیسه صفرا در طول گرسنگی، یک نقش اساسی در حفظ نسبی فشار داخل لومنی پایین در درخت صفراوی دارد.

سلول های اپی تلیال کیسه صفرا حداقل دو محصول مهم را به کیسه صفرا ترشح می کنند: گلیکو پروتئین ها و یون های هیدروژن. غدد مخاطی در اینفندیبولوم و گردن کیسه صفرا، گلیکو پروتئین های موکوسی ترشح می کنند که این مواد مخاط کیسه را از عملکرد تخریبی صفرا حفظ کرده و عبور صفرا از مجرای سیستمیک را تسهیل می کند. انتقال یون های هیدروژن توسط اپی تلیوم کیسه صفرا منجر به کاهش pH در کیسه صفرا می شود. اسیدیته کیسه صفرا موجب افزایش قابلیت انحلال کلسیم شده و بنابراین از رسوب نمک های کلسیمی ممانعت می کند.

در حالت ناشتا اسفنکتر آدی یک منطقه مقاومتی پر فشار، در برابر جریان صفرا از مجرای مشترک صفراوی به درون دوازدهه ایجاد می نماید. این انقباض تونیک در جهت مقاصد زیر عمل میکند:

1. جلوگیری از برگشت محتویات دوازدهه به مجاری لوزالمعدی و صفراوی

2. تسهیل پر شدن کیسه صفرا از صفرا

عامل اصلی کنترل کننده تخلیه کیسه صفرا، هورمون پپتیدی کله سیستمیکینین (CCK) می باشد که در پاسخ به بلع چربی ها و اسید های آمینه از مخاط دوازدهه آزاد می شود. CCK باعث بروز آثار زیر می شود.

1. انقباض نیرومند کیسه صفرا

2. کاهش مقاومت اسفنکتر آدی

3. افزایش جریان محتویات صفراوی به دوازدهه

صفراوی کبدی در درون کیسه صفرا از طریق جذب خلال مخاطی وابسته به انرژی آب و الکترولیت ها " تغلیظ " می شود. تقریباً کل مخزن اسیدهای صفراوی ممکن است به دنبال ناشتایی در طول شب در کیسه صفرا تجمع یابد تا با نخستین وعده غذایی روز به درون دوازدهه فرستاده شود. ظرفیت طبیعی کیسه صفرا، حدود 30 میلی لیتر صفرا می باشد.

سنگهای کیسه صفرا

مکانیسم آسیب زایی:

سنگهای کیسه صفرا در اکثر کشورهای غربی کاملاً شایع اند. در ایالات متحده، سومین مطالعه ملی بهداشت و تغذیه (NHANES III) شیوع کلی سنگ کیسه صفرا را در 7.9% در مردان و 16.6% در زنان گزارش کرده است. شیوع در آمریکایی های مکزیکی تبار بالا (8.9% در مردان و 26.7% در زنان)، در سفیدپوستان اسپانیایی متوسط (8.6% در مردان و 16.6% در زنان) و در آمریکایی های آفریقایی تبار پایین است. (5.3% در مردان و 13.9% در زنان)

سنگ های کیسه صفرا به دلیل اجزاء غیر طبیعی سازنده صفرا ایجاد می شوند . این سنگ ها به دو نوع عمده تقسیم می شوند ، سنگ های کلسترولی بیشتر از 80% از کل سنگ ها را تشکیل می دهند ، و سنگ های رنگدانه ای کمتر از 20% باقیمانده را شامل می شوند. سنگ های کلسترولی کیسه صفرا معمولا حاوی بیش از 50% کلسترول مونوهیدرات به علاوه مخلوطی از نمک های کلسیم و رنگدانه های صفراوی و پروتئین ها می باشند. سنگ های رنگدانه ای عمدتا متشکل از بیلی روبینات کلسیم می باشند ، این سنگ ها 20% کلسترول دارند و به انواع سیاه و قهوه ای تقسیم می شوند که نوع قهوه ای ، ثانویه به عفونت صفراوی مزمن ایجاد می شود.

سنگ های کلسترولی و لجن صفراوی :

کلسترول اساس در آب نامحلول است و احتیاج به پراکنش آبی (aqueous dispersion) خواه به صورت میسل و خواه به صورت وزیکول دارد که هر دو مورد برای حل کردن کلسترول ، به وجود یک لیپید دوم نیاز دارند. کلسترول و فسفولیپیدها به صورت وزیکول های دو لایه تک تیغه ای به صفرا ترشح می شوند و در اثر فعالیت اسیدهای صفراوی ، به صورت میسل های مختلط تشکیل شده از اسیدهای صفراوی ، فسفولیپیدها و کلسترول در می آیند. هنگامی که محتوای کلسترول صفرا نسبت به میزان فسفولیپیدها و اسیدهای صفراوی بیشتر باشد ، وزیکول های ناپایدار غنی از کلسترول باقی می ماند که به صورت وزیکول های چند تیغه ای بزرگ تجمع می یابند که از آن ها رسوب بلور های کلسترول ایجاد میشود.

سنگ های رنگدانه دار :

سنگ های رنگدانه دار سیاه ، متشکل از بیلی روبینات کلسیم خالص و یا کمپلکس های پلیمرمانند همراه با کلسیم و گلیکوپروتئین های موسینی می باشند. این سنگ ها در بیماران مبتلا به حالت های همولیتیک مزمن (همراه با افزایش بیلی روبین کنژوگه در صفرا) ، سیروز کبدی ، سندروم ژیلبرت یا فیروز کیستی شایعتر هستند. همچنین سنگ های کیسه صفرا در بیماران مبتلا به ایلنومی ، رزکسیون ایلنوم ، یا با ی پس ایلنوم عموما به صورت سنگ های رنگدانه دار سیاه می باشند . چرخش مجدد کبدی - روده ای بیلی روبین در بیماری های ایلنوم در آسیب زایی این حالت ها نقش دارد . سنگ های رنگدانه ای قهوه ای ، متشکل از نمک های کلسیمی بیلی روبین غیر کنژوگه با درجات متغیری از کلسترول و پروتئین می باشند . این سنگها در اثر مقادیر زیاد بیلی روبین غیر کنژوگه نا محلول در صفرا تولید می شوند که رسوب کرد ه و سنگ می سازد. دکنزوگاسیون بیلی روبین مونوگلوکوروئیدیا بیلی روبین دی گلوکوروئید اضافی محلول مم کن است با میانجی گری آنزیم β -گلوکوروئیداز برونزاد و یا هیدرولیز خودبخودی انجام پذیرد ، که گاه هنگامی که صفرا دچار عفونت مزمن توسط باکتری ها می گردد تولید می شود. تشکیل سنگ های رنگدانه دار در آسیایی ها فوق العاده بارز است و اغلب با عفونت هایی در کیسه صفرا و درخت صفراوی مرتبط میباشد.

روش های تشخیصی :

امروز روش های تشخیصی گوناگونی برای بیماران مشکوک به بیماری های کیسه صفرا و مجاری صفراوی وجود دارد . در سال 1924 تشخیص سنگ های صفراوی به طور قابل ملاحظه ای با معرفی کله سیستم گرافی خوراکی توسط گراهام و کول بهبود یافت . برای چندین دهه این روش عمده ترین روش تشخیصی سنگ های صفراوی بود . در دهه 1940 سیتی گرافی صفراوی و بعدها ERC، امکان تصویر برداری از مجاری صفراوی را به ما داد. بعدها اولترا سونو گرافی ، CTScan و MRI به طور گسترده به ما امکان تصویر برداری از مجاری صفراوی را دادند.

آزمایشات خون :

زمانی که بیماران مشکوک به بیماری های کیسه صفرا یا درخت صفراوی و خارج کبدی تحت ارزیابی قرار میگیرند ، شمارش خونی کامل و تست های عملکردی کبد به طور روتین در خواست می شوند . لکوسیتوز ممکن است ما را به سمت کله سیستمیت هدایت کند. اگر لکوسیتوز با افزایش بیلی روبین ، آکالین فسفاتاز و آمینو ترانسفرازها همراه باشد ، مشکوک به کلانژیت می شویم . کلستاز که یک انسداد در جریان صفراوی است ، با افزایش بیلی روبین (بیشتر فرم کنژوگه) و افزایش در آکالین فسفاتاز مشخص می شود . آمینو ترانسفرازهای سرم ممکن است نرمال یا اندکی افزایش یافته باشند. در بیماران با درد های کولیک صفراوی یا کله سیستمیت مزمن ، تست های خونی به طور تیپیک ، نرمال است.

اولتراسونوگرافی :

اولتراسونوگرافی اولین روش تشخیصی در بیماران مشکوک به بیماری های سیستم صفراوی است . این روش غیر تهاجمی و بدون درد بوده و فرد را در معرض رادیاسیون قرار نمی دهد و می تواند در افراد به شدت بیمار به کار گرفته شود . این روش تصویر برداری وابسته به تجربه و مهارت اپراتور بوده و یک روش تصویر برداری دینامیک است . (بدین معنا که عکس هایی که ضمیمه گزارش سونوگرافی می شوند تمام اطلاعات بدست آمده در سونوگرافی را منتقل نمی کند .) اعضای مجاور به طور مکرر و همزمان می تواند مورد بررسی قرار گیرند . این روش در بیماران چاق و بیماران با آسیت و بیماران با روده ی متسع ، ممکن است دشوار باشد و نتایج رضایت بخشی را در اختیار ما ندهد.

اولتراسوند سنگ ها را در کیسه صفرا با حساسیت و اختصاصیت بالای 90% نشان می دهد . سنگ های کیسه صفرا اغلب دارای دانسیته اکوستیکی بالا بوده و امواج اولتراسوند را به دستگاه مبدل اولتراسوند منعکس می کنند ، به علت اینکه سنگ ها مسیر امواج صوتی من طقه پشت خود را مسدود می کنند ، آن ها می توانند سایه اکوستیک ایجاد کنند . سنگ ها با تغییر موقعیت بیمار ، حرکت می کنند . پولیپ ها هم ممکن است کلیسیفه شده و سایه ایجاد کنند اما با تغییر موقعیت بیمار حرکت نمی کنند . بعضی از سنگ ها در کیسه صفرا یک لایه تشکیل می دهند اما برخی دیگر رسوب یا لجن صفر اوی تولید می کنند . یک کیسه صفرا با دیواره ضخیم و تندر نس موضعی ، کله سیستمیت را نشان می دهد . این کله سیستمیت زمانی حاد است که یک

لایه ادم در داخل دیواره کیسه صفرا یا بین کیسه صفرا و کبد در ارتباط با تندرینس موضعی وجود داشته باشد. زمانی که یک سنگ ، گردن کیسه صفرا را مسدود می کند ، کیسه صفرا ممکن است خیلی بزرگ شود اما دیواره اش نازک است . یک کیسه صفرا منقبض با دیواره ضخیم ، نشانگر کله سیستیت مزمن می باشد.

مجاری صفراوی خارج کبدی توسط اولتراسوند به خوبی مشاهده می شوند تنها مورد استثناء ، بخش رترودونال آن می باشد. گشاد شدن مجاری در یک بیمار یرقانی ، دلالت بر انسداد خارج کبدی دارد . به طور مکرر محل و گاهی اوقات علت انسداد می تواند با اولتراسوند مشخص شود . سنگ های کوچک در مجرای صفراوی مشترک به طور مکرر در بخش انتهایی دیستال آن ، در پشت دئودنوم گیر می کنند و بنابراین برای تشخیص بسیار دشوارند. یک مجرای صفراوی مشترک گشاد شده در اولتراسوند ، سنگ های کوچک در کیسه صفرا و نمای بالینی آن ، مطرح کننده سنگ مجرای صفراوی به عنوان علت انسداد است . تشخیص تومورهای اطراف آمپول و اتر در اولتراسوند بسیار دشوار می باشد ، اما پس از بخش رترودونال ، سطح انسداد و علت آن به خوبی قابل رویت می باشد . اولتراسوند در ارزیابی تهاجم تومور و جریان در ورید پورت ، بسیار مفید می باشد . این دو فاکتور قابلیت برداشت تومورهای اطراف آمپول و اتر و سر پانکراس را تعیین می کنند.

کله سیستوگرافی خوراکی :

کله سیستوگرافی خوراکی در گذشته روش انتخابی برای تشخیص سنگ های صفراوی بوده است اما امروزه با اولتراسونوگرافی جایگزین شده است. در این روش یک ترکیب حاجب به بیمار به صورت خوراکی داده می شود ، که ابتدا توسط دستگاه گوارش جذب شده و سپس توسط کبد به داخل مجاری صفراوی ترشح می شوند. سنگ ها به صورت نقایص پر شدگی در کیسه صفرا می باشد ، قابل رویت شده ، مشاهد می شوند. کله سیستوگرافی خوراکی در بیماران با سوء جذب روده ای ، استفراغ ، یرقان انسدادی و نارسایی کبدی ، ارزش تشخیصی ندارد.

اسکن رادیو نوکلئید صفراوی (HIDA) :

سینتی گرافی صفراوی ، یک روش غیر تهاجمی برای ارزیابی کبد ، کیسه صفرا ، مجاری صفراوی و دئودنوم از نظر آناتومی و عملکردی فراهم می کند . مشتقات دی متیل ایمینودی استیک (HIDA) متصل به Technetium ، به صورت داخل وریدی تزریق می شوند که در کبد توسط سلول های کوپفر ، پاکسازی شده و در صفرا ترشح می شوند . برداشت توسط کبد در عرض 10 دقیقه بعد از تزریق مشخص می شود و کیسه صفرا ، مجاری صفراوی و دئودنوم در عرض 60 دقیقه در افراد ناشتا ، قابل مشاهده می شوند . کاربرد اولیه سینتی گرافی صفراوی در تشخیص کله سیستیت حاد می باشد که در آن پر شدن سریع مجرای مشترک صفراوی و دئودنوم مشاهده شده در حالیکه کیسه صفرا قابل مشاهده نمی شود . مشاهده انسداد مجرای سیستیک در سینتی گرافی صفراوی ، قویا به نفع تشخیص کله سیستیت حاد می باشد . حساسیت و

اختصاصیت تشخیصی آن حدود 95% می باشد. نتایج مثبت کاذب در بیماران با استاز کیسه صفرا مثل افراد شدیداً بدحال و بیماران تحت تغذیه وریدی ، افزایش می یابد. پر شدن کیسه صفرا و مجرای صفراوی مشترک به همراه پر شدن تاخیری دئودنوم یا عدم پر شدن دئودنوم ، نمایانگر یک انسداد در آمپول واتر می باشد . به کمک سینتی گرافی می توان نشت صفراوی را به عنوان یکی از عوارض جراحی کیسه صفرا یا درخت صفراوی ، تأیید کرد و در اغلب موارد محل آن را تعیین نمود.

CTScan و تومو گرافی کامپیوتری :

CTScsn های شکمی ، در تشخیص سنگ های صفراوی ، از اولترا سونوگرافی ارزش کمتری دارند. کاربرد اصلی CTScan تعیین مسیر و وضعیت درخت صفراوی خارج کبدی و ساختارهای مجاور آن می باشد . CTScan ، روش انتخابی در ارزیابی بیماران مشکوک به بدخیمی های کیسه صفرا ، سیستم صفراوی خارج کبدی ، یا اعضای مجاور ، مخصوصاً سر پانکراس است. CTScan ، بخش اساسی تشخیص افتراقی یرقان انسدادی است. CTScan اسپیرال اطلاعات بیشتری در مورد مرحله بندی تومورها از جمله درگیری عروقی در بیماران با تومورهای اطراف آمپول واتر ، فراهم می کند.

PTC (کلانژیوگرافی ترانس هپاتیک پرکوتانه) :

مجاری صفراوی داخل کبدی ، با یک سوزن کوچک تحت هدایت فلوروسکوپ ، مورد بررسی قرار می گیرند. به محض اینکه موقعیت در یک مجرای صفراوی تأیید شد ، یک سیم راهنما به داخل سوزن رانده شده و سپس کاتتر از روی آن وارد مجرا می شود . از طریق کاتتر ، می توان یک کلانژیوگرام تهیه کرد و مداخلات درمانی انجام داد مثل درناژ صفراوی و کارگذاری استنت . PTC ، نقش کمی در ارزیابی بیماران با بیماری سنگ صفراوی بدون عارضه دارد . اما در بیماران با تنگی های مجرای صفراوی و تومورها بسیار مفید می باشد زیرا PTC قادر است آناتومی درخت صفراوی را در ناحیه پروگزیمال به محل درگیر به خوبی مشخص کند. همانند هر فرایند تهاجمی دیگر ، PTC هم خطراتی دارد از جمله موارد عمده عبارتند از : خونریزی ، کلانژیت ، نشت صفرا و سایر سایر مشکلات ناشی از کاتتر.

: MRI

MRI که از اواسط دهه 90 در دسترس می باشد ، جزئیات آناتومیک مشابه CTScan از کبد ، کیسه صفرا و پانکراسی را فراهم می کند. MRI با تکنیک های مختلف (توالی T_2 شدید ، توالی پالس با یا بدون کنتراست) تصاویر آناتومیک دقیقی از درخت صفراوی دارد . MRI با MRCP ، یک روش غیر تهاجمی برای تشخیص بیماری های پانکراس و مجاری صفراوی فراهم می کند . در بسیاری مراکز MRCP روش تشخیصی اولیه در بیماری های صفرا و پانکراس است و ERCP جهت انجام اقدامات درمانی استفاده می شود.

کلانژیوگرافی رتروگریداندوسکوپي (ERC)

و کلانژیوپانکراتیکوگرافی :

با استفاده از آندوسکوپي با نمای جانبی ، می توان وارد مجاری صفراوی مشترک شد یک کلانژیوگرام با به کار گرفتن فلوروسکوپي تهیه کرد. این روش نیاز به تسکین وریدی بیمار دارد. مزایای ERC شامل مشاهده مستقیم ناحیه آمپول و اتر و دسترسی مستقیم به مجرای صفراوی مشترک دیستال برای انجام مداخلات درمانی ممکن می باشد. این تکنیک برای سنگ های صفراوی بدون عارضه به ندرت انجام می شود ، اما برای سنگ مجرای صفراوی مشترک ، مخصوصاً زمانی که با یرقان انسدادی ، کلانژیت یا پانکراتیت مراجعه می کند ، ERC یک فرایند تشخیصی و درمانی است.

به محض اینکه کلانژیوگرام آندوسکوپیک سنگ های مجاری را نشان می دهد ، بریدن اسفنکتر (اسفنکترتومی) و خارج کردن سنگ های صفراوی قابل انجام است در صورت انجام ERC توسط پزشک با تجربه ، میزان موفقیت وارد شدن به مجرای صفراوی مشترک و کلانژیوگرافی ، بیش از 90% است. عوارض ERCP تشخیصی شامل پانکراتیت و کلانژیت است که در بیش از 5% بیماران ایجاد می شود. اختراع دوربین های Fiber – Optic کوچک امکان آندوسکوپي داخل مجاری را فراهم کرده است. با فراهم کردن مشاهده مستقیم مجاری پانکراس و صفراوی این تکنیک سبب افزایش کارایی ERCP در تشخیص برخی بیماری های پانکراس و مجاری صفراوی شده است. آندوسکوپي داخل مجاری ، کاربرد های درمانی نیز دارد از جمله خرد کردن سنگ های صفراوی و خارج کردن آن در بیماران پرخطر برای جراحی. مانند سایر فرایندهای آندوسکوپیک ، آندوسکوپي داخل مجاری ، به طور عمده خیلی ایمن به نظر می آید اما هیچ مطالعه مهمی که این گفته ها را تایید کند وجود ندارد. عوارض عمده شامل سوراخ شدن مجرای صفراوی ، خونریزی خفیف بعد از اسفنکتر یا خرد کردن سنگ صفراوی و کلانژیت شرح داده شده اند. با بهتر شدن تکنولوژی ERCP ، نقش تشخیصی و درمانی ERCP هم افزایش خواهد یافت.

اولتراسونوگرافی آندوسکوپیک :

یک اولتراسونوگرافی آندوسکوپیک نیاز به یک آندوسکوپ ویژه با یک مبدل اولتراسوند در انتهایش دارد. نتایج حاصل کاملاً وابسته به اپراتور است اما تصاویر غیر تهاجمی مجاری صفراوی و ساختارهای مجاور را می توان از آن دریافت کرد. این روش ارزش ویژه ای در ارزیابی تومورها و قابل برداشت بودن دارد. این دستگاه یک کانال برای بیوپسی دارد که به ما اجازه تهیه بیوپسی ها با سوزن از تومور تحت راهنمایی اولتراسوند میدهد. اولتراسونوگرافی آندوسکوپیک برای تشخیص سنگ های مجرای صفراوی به کار برده می شود اگرچه حساسیت آن از ERCP کمتر است ، اما چون نیاز به اسفنکترتومی ندارد میزان تهاجمی بودن آن هم کمتر است.

شرح حال بالینی :

بیشتر بیماران با سنگ صفرا در تمام طول عمر خود ، بدون علامت می مانند . به دلایل ناشناخته ای ، بعضی بیماران وارد فاز علامتدار می شوند که با دردهای کولیکی (به علت انسداد مجاری سیستیک توسط سنگ) مشخص می شود . بیماری علامت دار سنگ صفرا ممکن است به سمت عوارض ناشی از سنگ صفرا پیش رود . اینها شامل کله سیستیت حاد ، کلدوکولیتیزیس یا بدون کلانژیت ، پانکراتیت صفراوی ، فیس‌تول کله سیستوکولودوک و فیس‌تول کله سیستودئودنال یا کله سیستوانتریک که منجر به ایلئوس سنگ صفرا و کارسینوم کیسه صفرا می شود . به ندرت بیمار برای اولین بار با عوارض سنگ های صفراوی پرزائنه می شود . سنگ های صفراوی در بیماران بدون علامت صفراوی ، به طور شایع ، به طور اتفاقی در اولتراسونوگرافی ، CTScan ، رادیوگرافی شکمی یا در لاپاراسکپی تشخیص داده می شوند . چندین مطالعه احتمال ایجاد کولیک صفراوی یا ایجاد عوارض مشخص بیماری صفراوی را بررسی کرده است . تقریباً 3% افراد فاقد علامت در عرض یکسال علامتدار می شوند . (بیشتر ایجاد کولیک صفراوی)

در صورت علامتدار شدن ، حملات دردهای کولیکی تمایل به عود دارند . عوارض سنگ کیسه صفرا در 3% تا 5% بیماران علامتدار در عرض یکسال رخ می دهد . بعد از 20 سال ، حدود $\frac{2}{3}$ بیماران فاقد علامت ، همچنان بدون علامت می مانند . با توجه به اینکه تعداد کمی از بیماران که از قبل علامتدار نبودند دچار عارضه می شوند ، انجام کله سیستکتومی پروفیلاکتیک در بیماران بدون علامت دارای سنگ صفراوی ، به ندرت اندیکاسیون دارد ، تنها در بیماران زیر انجام کله سیستکتومی پروفیلاکتیک توصیه می شود . در بیماران مسن دیابتی ، برای افرادی که مدت های طولانی از مراقبت های پزشکی دور خواهند بود و در افرادی که خطر سرطان کیسه صفرا در آنها بالاست . کیسه صفرا Porcelain یک حالت پیش سرطانی نادر است که در آن دیواره کیسه صفرا کلیسیفه شده است . این حال اندیکاسیون قطعی برای کله سیستکتومی است .

سنگ های علامتدار کیسه صفرا :

کله سیستیت مزمن (کولیک صفراوی) : حدود $\frac{2}{3}$ بیماران دچار بیماری سنگ کیسه صفرا با کله سیستیت مزمن مراجعه می کنند که با حمله های راجعه درد شناخته می شود و اغلب به صورت نادرست کولیک صفراوی گفته می شود . درد در نتیجه افزایش فشار پیشرونده در دیواره کیسه صفرا زمانی ایجاد می شود که سنگ مجرای سیستیک را می بندد . تغییرات پاتولوژیک که اغلب پیوستگی خوبی با علامت ها ندارند از یک کیسه صفراوی به ظاهر طبیعی با یک التهاب مزمن اندک در مخاط ، تا یک کیسه صفراوی چروکیده بدون عملکرد با فیروز تمام دیواره ای مشخص و چسبندگی به ساختمان های مجاور متفاوت است . مخاط در ابتدا طبیعی و یا هایپرتروفی شده است اما بعداً آتروفی شده و همراه اپی تلیوم برآمده به داخل روکش عضلانی ، باعث ایجاد سینوس آشوف – راکي تانسکی (Aschoff – Rokitanski) می شود .

علائم بالینی کله سیستیت مزمن :

علامت عمده مرتبط با سنگ های علامتدار درد است. درد دائمی است در نیم ساعت اول شدت آن افزایش می یابد و 1-5 ساعت طول می کشد. درد در ناحیه اپی گاستر یا ربع فوقانی راست شکم است و اغلب به قسمت بالا و راست پشت یا بین دو کتف کشیده می شود. درد شدید و ناگهانی است و خصوصا در طول شب یا بعد از یک غذای چرب ایجاد می شود. درد اغلب همراه با تهوع و بعضی وقت ها همراه استفراغ است. درد دوره ای است. بیمار از حمله های جداگانه درد رنج می برد و در فواصل بین این حمله ها راحت است. معاینه فیزیکی ممکن است که تندرینس خفیف در ناحیه ربع فوقانی راست را در طول یک مقطع درد مشخص کند. اگر بیمار درد نداشته باشد معاینه فیزیکی معمولا طبیعی خواهد بود. معیارهای آزمایشگاهی مانند شمارش گلبول های سفید خون و آزمون عملکرد کبدی معمولا در بیماران دچار سنگ کیسه صفراوی بدون عارضه طبیعی است.

تظاهر آتیپیک بیماری سنگ کیسه صفرا شایع است. همراهی علائم با غذا خوردن فقط در 50% از بیماران دیده می شود. بعضی از بیماران حملات خفیف تری از درد بیان می کنند، اما آن را به غذا ارتباط می دهند. درد ممکن است در ابتدا در پشت یا ربع تحتانی یا فوقانی راست باشد. نفخ شکم و آروغ زدن ممکن است ایجاد شود که با حمله های درد پیوسته است. در بیماران با تظاهر آتیپیک، حتی در صورت حضور سنگ صفرا، وضعیت های دیگر همراه با درد فوقانی شکم باید بررسی شوند. این موقعیت ها شامل زخم بیماری پپتیک، بیماری رفلاکس گاستروازوفازیال فتق دیواره شکمی، بیماری روده تحریک پذیر، بیماری دیورتیکولی، بیماری های کبدی، سنگ کالیه، درد پلورتیک و درد میوکارد است. بسیاری از بیماران که بیماری دیگری دارند ممکن است سنگ کیسه صفرا هم داشته باشند. وقتی که درد بیشتر از 24 ساعت طول بکشد، باید به یک سنگ گیر افتاده در مجرای سیستیک یا کله سیستیت حاد شک کرد. یک سنگ فشرده شده در مجرای سیستیک بدون کله سیستیت عارضه ای به نام هیدروپس کیسه صفرا را ایجاد خواهد کرد. صفرا جذب می شود اما اپی تلیوم کیسه صفرا به ترشح موکوس ادامه می دهد و کیسه صفرا با مواد موسینی بزرگ می شود. کیسه صفرا ممکن است قابل لم س باشد اما معمولا حساس نیست. هیدروپس کیسه صفرا ممکن است منجر به ادم دیواره کیسه صفرا، التهاب، عفونت و سوراخ شدگی کیسه صفرا شود. اگرچه هیدروپس می تواند بدون ایجاد پیامد بدی ادامه یابد، اما انجام کله سیستکتومی سریعتر میتواند از عوارض جلوگیری کند.

تشخیص کله سیستیت مزمن :

تشخیص سنگ های علامتدار و یا کله سیستیت مزمن به وجود علامت های تیپیک و وجود سنگهای صفراوی در تصویربرداری بستگی دارد. سونوگرافی شکم روش تشخیصی استاندارد برای سنگ های کیسه صفرا است. سنگ های کیسه صفرا بعضی اوقات در رادیوگرافی یا CTScan شکمی تشخیص داده می شوند. در این افراد اگر بیمار علامت های مشخص را دارد، سونوگرافی کیسه صفرا و درخت صفراوی باید قبل از مداخله جراحی انجام شود. سنگ هایی که به صورت اتفاقی در بیمارانی که علامت ندارند کشف می شوند، باید به حال خود رها شوند، همانطور که در تاریخچه طبیعی قبلا بحث شد.

بعضی وقت ها ، بیماران با حمله های تیپیک درد صفراوی هیچ نشانه ای از سنگ در اولترا سونوگرافی ندارند ، گاه در صفرا فقط لجن (Sludge) در اولترا سونوگرافی تظاهر می یابد . اگر بیمار حملات عود کننده ای از درد تیپیک صفراوی داشته باشد و لجن در دو نوبت یا بیشتر یافت شود ، کله سیستکتومی توصیه می شود . علاوه بر لجن و سنگ کلسترولوزیس و آدنومیوماتوزیس کیسه صفرا هم ممکن است در سونوگرافی نمایان شوند . کلسترولوزیس توسط تجمع کلسترول در ماکروفاژهای داخل مخاط کیسه صفرا چ ه به صورت منطقه ای و چه به صورت پ و لیپ هایی ایجاد می شوند . این عارضه نمای ماکروسکوپی کیسه صفرای توت فرنگی (Strawberry galbladder) را به وجود می آورد . آدنومیوماتوزیس یا کله سیستیت گلاندولار پرولیفره در میکروسکوپی توسط دستجات عضله صاف های پیرتروفی شده و رشد غدد موکوزال به داخل لایه عضلات (ساخت سینوس اپی تلیالی) مشخص می شود . پولیپ های گرانولوماتوز در لومن و در قسمت فوندوس ایجاد می شوند ، دیواره کیسه صفرا ضخیم شده و سپتوم ها یا تنگی ها یی در کیسه صفرا ممکن است دیده شوند . در بیماران علامتدار ، در چنین موقعیت هایی کله سیستکتومی درمان انتخابی است .

درمان کله سیستیت مزمن :

بیماران سنگ های کیسه صفراوی علامتدار باید تحت عمل کله سیستکتومی لاپاروسکوپیکی الکتیو قرار گیرند . زمانی که در انتظار جراحی هستند یا زمانی که جراحی باید عقب انداخته شود ، به بیماران باید توصیه شود که از خوردن غذاهای چرب و حجیم پرهیز کنند . بیماران دیابتی با سنگ های کیسه صفرای علامتدار باید بی درنگ کله سیستکتومی شوند . چرا که آن ها بسیار مستعد کله سیستیت حاد هستند که اغلب شدید است ، زنان باردار با سنگ های صفراوی علامتدار که نمی توانند آن طور که انتظار می رود از طریق رژیم غذایی درمان شوند ، می توانند به صورت بی خطر در سه ماهه دوم یک کله سیستکتومی لاپاروسکوپیکی داشته باشند . کله سیستکتومی در کودکان به خوبی بزرگسالان بی خطر و موثر است . کله سیستکتومی باز یا لاپاروسکوپیکی برای بیماران با سنگ های علامتدار نتایج بسیار خوبی را در ط و لانی مدت ارائه می کند . حدود 90% بیماران با علامت های مشخص سنگ صفراوی ، بعد از کله سیستکتومی بدون علامت می شوند . در بیماران با علامت آتیپیک مثل سوءهاضمه ، باد شکم ، آروغ ، نفخ و عدم تحمل چربی ، نتایج عمل به اندازه بیماران گروه قبلی ، رضایت بخش نیست .

تظاهرات بالینی کله سیتیت حاد:

حدود 80% بیماران با کله سیستیت حاد یک تاریخچه دال بر کله سیستیت مزمن دارند . کله سیستیت حاد به عنوان یک حمله کولیک صفراوی شروع می شود اما در تضاد با کولیک صفراوی ، درد فروکش نمی کند ، تسکین نمی یابد و ممکن است برای چند روز ادامه پیدا کند . درد مشخصا در ربع فوقانی راست یا اپی گاستر است و ممکن است به قسمت راست و بالای پشت یا بین دو کتف کشیده شود . درد معمولا شدیدتر از دردی است که به کولیک صفراوی بدون عارضه مرتبط است . بیمار اغلب تب دارد ، از بی اشتهاهی شکایت می کند تهوع و استفراغ دارد و بی میل به حرکت است چرا که پروسه التهابی پریتون جدار ی را تحت تاثیر قرار

داده است. در معاینه های فیزیکی ، تندرns موضعی و گاردینگ معمولا در ربع فوقانی راست شکم ایجاد می شود. گاهی یک توده (کیسه صفرا ومنتm متصل به آن) قابل لمس است. به هر حال گاردینگ ممکن است مانع لمس آن شود.

علامت مورفی یک توقف در دم با لمس عمیق در ناحیه ساب کوستال راست است که برای کله سیستیت حاد نقش تشخیصی دارد. یک لوکوسیتوز خفیف تا متوسط (15000 - 12000) معمولا دیده می شود. اگرچه بعضی از بیماران ممکن است که یک WBC بالا (بالای 20000) مؤید کله سیستیت عارضه دار است مثل کله سیستیت گانگرنه ، پرفوراسیون کیسه صفرا ، و کلان ژیت . بررسی شیمیایی سرم از نظر کبدی معمولا طبیعی است . اما یک افزایش خفیف در بیلی روبین سرم و کمتر از $(4 \frac{mg}{ml})$ ممکن است همراه افزایش خفیف آلکالین فسفاتاز ، ترانس آمینازها و آمیلاز دیده شود. یرقان شدید بر وجود سنگ در CBD یا انسداد مجاری صفراوی توسط التهاب اطراف کیسه صفرا ثانویه به گیر افتادن یک سنگ در اینفاندیبولوم کیسه صفرا که به صورت مکانیک مجرای صفراوی را مسدود کرده است دلالت میکند.

در بیماران مسن تر وانهایی که دیابت دارند ، کله سیستیت حاد ممکن است تظاهر نهفته ای داشته باشد که باعث تاخیر در تشخیص می شود. شیوع عوارض در این بیماران بیشتر است و در مقایسه با بیماران جوانتر و سالم تر میزان مرگ و میر نزدیک به 10 برابر است. تشخیص افتراقی برای کله سیستیت حاد شامل زخم پپتیک با یا بدون پرفوراسیون ، پانکراتیت ، آپاندیسیت ، هپاتیت ، پری هپاتیت (سندرم فیتز ، هوگ ، کورتیس) ایسکمی میو کاردی پنومونی ، التهاب پلور و درگیری اعصاب بین دنده ای توسط هرپس زوستر است.

تشخیص کله سیستیت حاد :

اولتراسونوگرافی ، مفید ترین آزمون رادیولوژی برای تشخیص کله سیستیت حاد است. این روش حساسیت و اختصاصیت 95% دارد. علاوه بر این که این آزمون یک روش حساس برای اثبات حضور یا عدم حضور سنگ است ، این روش ضخیم شدن دیواره کیسه صفرا و مایع اطراف کیسه صفرا را نشان خواهد داد . تندرns موضعی بر روی کیسه صفرا وقتی که پروب سونوگر افی فشرده می شود (علامت مورفی سونوگرافی) ، همچنین بر کله سیستیت حاد دلالت می کند. اسکن رادیو نوکلید صفراوی (اسکن HIDA) ممکن است در موارد آتیپیک کمک کننده باشد . عدم پر شدگی کیسه صفرا بعد از 4 ساعت ، یک گرفتگی در مجرای سیستیک را نشان می دهد و در زمینه بالینی کله سیستیت حاد را رد خواهد کرد . CTScan مکررا بر روی بیماران با درد شدید شکمی انجام می شود ، این آزمون ضخیم شدن دیواره کیسه صفرا ، مایع اطراف کیسه صفرا و حضور سنگ و هوا را به خوبی در دیواره کیسه صفرا نشان می دهد ، اما حساسیت آن از اولتراسونوگرافی کمتر است.

درمان کله سیستیت حاد :

بیمارانی که با کله سیستیت حاد مراجعه می کنند ممکن است به مایع وریدی ، آنتی بیوتیک ها و ضد دردها ، نیاز پیدا کنند . آنتی بیوتیک ها باید میکروب های هوازی گرم منفی و بی هوازی ها را پوشش دهند . یک سفالوسپورین نسل سوم همراه پوشش خوب بی هوازی یا یک سفالوسپورین نسل دوم در ترکیب با مترونیدازول یک رژیم مشخص است . برای بیمارانی که به سفالوسپورین ها حساسیت دارند ، یک آمینو گلیکوزید همراه با مترونیدازول مناسب است . اگرچه التهاب در کله سیستیت حاد ممکن است در بعضی بیماران استریل باشد اما بیشتر از نیمی از کشت های کیسه صفرا مثبت خواهد بود . تشخیص اینکه چه کسی به صورت ثانویه عفونی شده مشکل است . بنابراین آنتی بیوتیک ها قسمتی از کنترل درمان در مرکز درمانی هستند . کله سیستکتومی درمان قطعی کله سیستیت حاد است . در گذشته زمان انجام کله سیستکتومی مورد بحث بوده است . کله سیستکتومی زود هنگام در 3 - 2 روز اول بیماری نسبت به کله سیستکتومی با فاصله یا تاخیری که 10 - 6 هفته بعد از درمان اولیه پزشکی و بهبودی انجام می شود ترجیح داده می شود . بعضی مطالعات نشان می دهند که به جز در حالتی که بیمار برای جراحی آماده نیست ، کله سیستکتومی اولیه باید انجام شود . چرا که درمان قطعی بیمار با یکبار بستری به دست می آید ، زمان بازگشت به حالت طبیعی و بازگشت به کار سریعتر است . کله سیستکتومی از طریق لاپاراسکوپی روش درمانی انتخابی برای کله سیستیت حاد است . احتمال تبدیل به کله سیستکتومی باز در زمینه کله سیستیت حاد از کله سیستیت مزمن بیشتر است (15% - 10%) . این روش خسته کننده تر است و نسبت به عمل الکتیو ، طولانی تر است . اگرچه وقتی با جراحی تاخیری مقایسه می شود ، میزان عوارض با جراحی زودرس برابر است . وقتی که بیماران دیر مراجعه می کنند ، بعد از گذشت 4 - 3 روز از بیماری ، یا اگر برای جراحی آماده نباشند ، آن ها را با آنتی بیوتیک درمان کرده و 2 ماه بعد تحت کله سیستکتومی لاپاروسکوپی قرار می دهیم . نزدیک به 20% بیماران در پاسخ به درمان های اولیه ناموفق اند و نیاز به مداخله جدی تری دارند . باید تلاش شود که کله سیستکتومی لاپاروسکوپی انجام شود اما از آنجایی که میزان تبدیل آن ها به نوع باز بالاست بعضی ها ترجیح می دهند که مستقیماً به سمت عمل باز کله سیستکتومی بروند . برای آن هایی که برای جراحی آمادگی ندارند ، کله سیستکتومی پرکوتانه یا کله سیستکتومی باز با بی حسی موضعی می تواند انجام شود . عدم بهبودی بیمار بعد از کله سیستکتومی معمولاً به دلیل گانگرن کیسه صفرا یا سوراخ شدن آن است . برای این بیماران جراحی غیر قابل اجتناب است . برای بیمارانی که به کله سیستوستومی پاسخ می دهند ، کولانژیوگرافی از طریق لوله انجام شده و چنانچه مجرای سیتیک باز باشد می توان لوله را کشید . کله سیستکتومی لاپاروسکوپی ممکن است برای آینده نزدیک برنامه ریزی شود . برای بیمارانی که نمی توانند جراحی را تحمل کنند ، از طریق لوله کله سیستوستومی سنگ ها را خارج کرده و سپس لوله را هم خارج می کنیم .

کله سیستکتومی لاپاروسکوپی :

بیمار به صورت طاق باز بر روی تخت جراحی می خوابد و جراح به سمت چپ مریض می ایستد . بطنی از جراحان ترجیح می دهند که هنگام انجام روش لاپاراسکوپی در قسمت بالای شکم ، بین دو پای مریض بایستند . نوموپیروتنوم توسط گاز ، دی اکسید کربن توسط روش هایی باز یا روش سوزن بسته ایجاد می

شود. در ابتدا یک برش کوچک در بالای ناف ایجاد می شود ، در شیوه بسته با یک سوزن توخالی مخصوص (سوزن Veress) ، وارد حفره پریتون شده و Insuflation انجام میشود . وقتی که نومیوپریتونوم مناسب برقرار شد ، یک تروکار 10 میلی متری با برش بالای ناف وارد می شود. با شیوه ای باز ، برش بالای نافی تا فاسیا درون حفره صفاقی ادامه پیدا می کند.

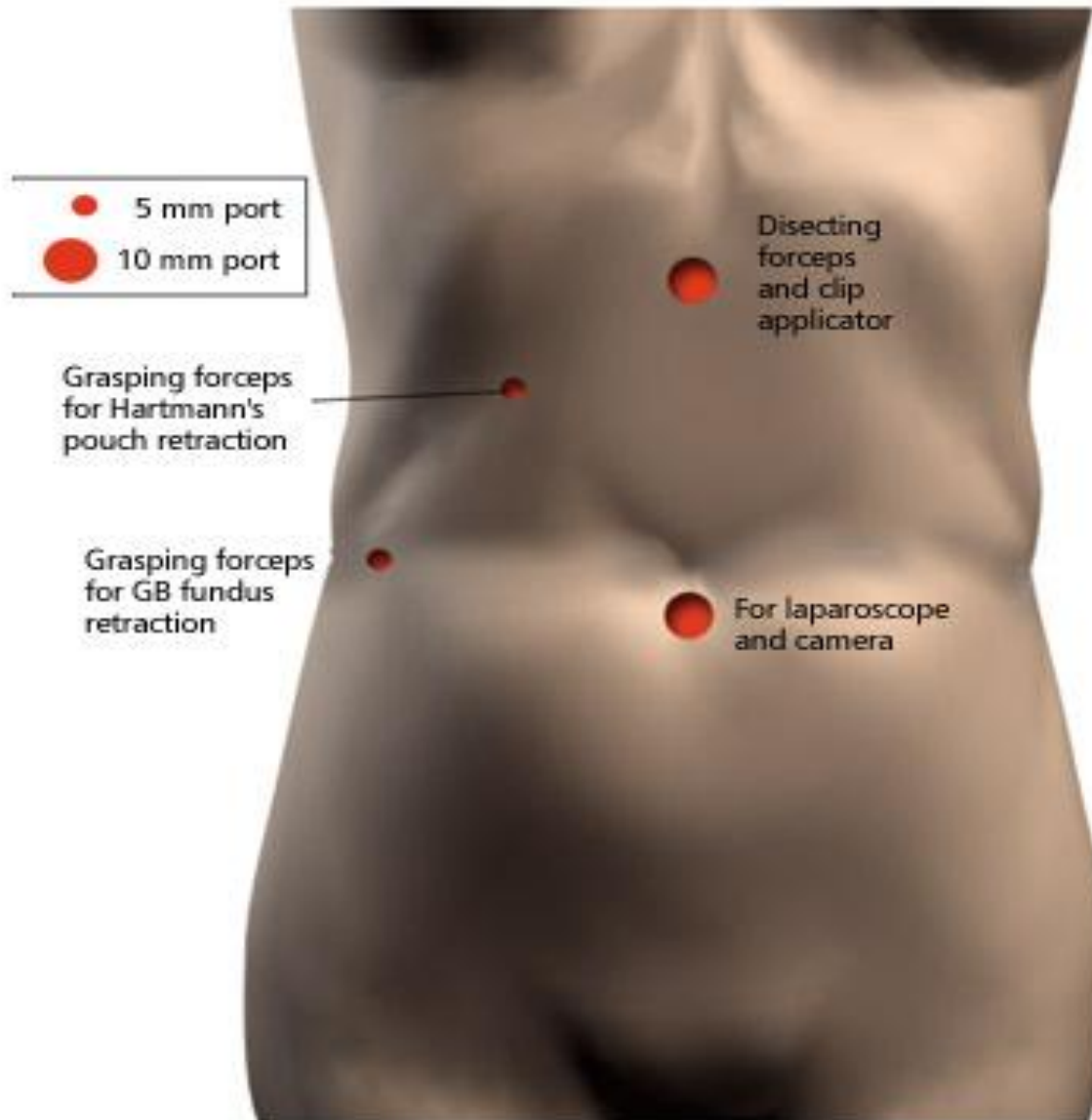
یک کانولای مخصوص بلانت (کانولای هانسون Hasson cannula) وارد حفره صفاقی شده و به فاسیا محکم می شود ، لاپاراسکوپ با دوربین متصل به آن از قسمت نافی وارد شده و شکم بررسی می شود . 3 پورت اضافه هم ، تحت دید مستقیم کار گذاشته می شود . یک پورت 10 میلی متری در اپی گاستر یک پورت 5 میلی متری در خط میدکلا و یکولار و یک پورت 5 میلی متری در پهلوی راست و در طول خط فوندوس کیسه صفرا ، کار گذاشته می شوند. بعضی وقت ها پورت پنجمی هم برای دید بهتر در بیماران بهبود یافته از پانکراتیت یا در افرادی که کله سیستیت نیمه حاد دارند و بیماران خیلی چاق مورد نیاز است.

از جانبی ترین پورت ، یک grasper برای گرفتن فوندوس کیسه صفرا وارد می شود . با این grasper کیسه صفرا را به سمت بالا و شانه راست بیمار هل می دهیم تا پروگزیمال کیسه صفرا و منطقه ناف کبد مشخص شود . Expose کردن ناحیه ناف کبد ممکن است که با قرار دادن بیمار در وضعیت ترندلبرگ معکوس و دادن شیب کم به تخت جراحی برای بالا آمدن سمت راست مریض ، تسهیل شود . از پورت میدکلاویکولار grasper دیگری وارد می شود و ناحیه ائینفاندیبولوم کیسه صفرا را گرفته به سمت لترال هل می دهیم تا مثلث کالوت مشخص شود.

قبل از این ، ممکن است که لازم شود هرگونه چسبندگی بین اومنوم ، دیودنوم ، کولون و کیسه صفرا را آزاد کنیم . بیشتر دیسکسیون ها توسط پورت اپی گاستریک توسط dissector و یا hook ، کوتری و یا قیچی انجام می شود.

دیسکسیون در محل اتصال کیسه صفرا به مجرای سیستیتیک شروع می شود . یک نشانه آناتومیک کمک کننده ، لنف نود جریان سیستیک است . پریتون ، چربی ، بافت سست حاشیه اطراف کیسه صفرا و محل اتصال مجرای سیستیک به کیسه صفرا به سمت مجرای صفراوی دیسکسیون می شود . این عمل ادامه می یابد تا زمانی که گردن کیسه صفرا و ابتدای مجرای سیستیک به وضوح مشخص می شود . قدم بعدی تشخیص شریان سیستیک است . که به صورت موازی و تا حدی خلفی تر نسبت به مجرای سیستیک عبور می کند. یک clips در پروگزیمال مجرای سیستیک کار گذاشته می شود . اگر یک کولانژیوگرام حین جراحی قرار است انجام شود ، یک برش کوچک در سطح قدامی مجرای سیستیک ، نزدیک گیره زده می شود و کاتتر کولانژیوگرام وارد مجرای سیستیک می شود.

وقتی که کولانژیوگرام انجام شد ، کاتتر بیرون آورده شده و 2 clips در پروگزیمال برش کار گذاشته می شوند و مجرای سیستیک قطع می شود . یک مجرای سیستیک خیلی پهن ممکن است قابل گرفتن با clips نباشد در این شرایط از یک نخ pretied برای بستن آن استفاده می شود . سپس شریان سیستیک بسته شده و قطع می شود. در نهایت کیسه صفرا از حفره کیسه صفرا با استفاده از چنگ (book) یا قیچی و یا توسط الکتروکوتری جدا می شود. قبل از اینکه کیسه صفرا از کبد کاملاً جدا شود ، جراح هموستاز در محل عمل را چک کرده و clips بر روی مجرای سیستیک و شریان سیستیک را بررسی می کند . کیسه صفرا از طریق برش نافی خارج می شود اگر سنگ ها بزرگ باشند ممکن است لازم شود که برش پوست و فاشی بزرگ تر شود.



عوارض بعد از کله سیستکتومی :

عوارض زودرسی که متعاقب کله سیستکتومی رخ می دهند عبارتند از آتلکتازی و سایر اختلالات ریوی ، تشکیل آبسه (اغلب زیر دیافراگمی) ، خونریزی خارجی یا داخلی ، پیدایش فیستول های صفراوی – روده ای ، و نشست صفرا. بروز زردی ممکن است نشان دهنده جذب صفرا از یک تجمع درون شکمی ، به دنبال یک نشست صفراوی یا انسداد مکانیکی CBD توسط سنگ های باقیمانده ، لخته های خونی درون مجرای ، یا فشار خارجی باشد.

روی هم رفته ، کله سیستکتومی عمل جراحی بسیار موفقیت آمیزی است که در 90%- 75% از بیماران باعث تسکین و رفع کامل یا نزدیک به کامل علائم پیش از عمل می شود . شایع ترین علت پا برجا ماندن علائم پیش از عمل عبارت است از یک اختلال برون صفراوی شناسایی نشده (مثلا ، ازوفازیت رفلاکسی ،

زخم پپتیک ، پانکراتیت ، یا - اغلب - سندرم روده تحریک پذیر (با این وجود در درصد کمی از بیماران وجود یک اختلال در مجاری صفراوی برون کبدی ممکن است منجر به پابرجا ماندن علائم گردد . این اختلالات که به سندرم های پس از کله سیستکتومی معروف می باشند ممکن است ناشی از موارد زیر باشند :

1. تنگ شدگی های مجاری صفراوی
2. وجود سنگ های صفراوی باقیمانده
3. سندرم قسمت باقیمانده مجرای سیستیک
4. تنگی یا اختلالات حرکت اسفنکتر آدی
5. اسهال یا گاستریت ناشی از نمک های صفراوی

اسهال و گاستریت ناشی از نمک های صفراوی :

بیماران پس از کله سیستکتومی ممکن است دچار علائم سوءهاضمه شوند ، که به ریفلاکس دوازدهه ای - معدی صفرا نسبت داده شده است . با این وجود داده های محکمی که افزایش میزان بروز گاستریت ناشی از صفرا را به خارج کردن کیسه صفرا به روش جراحی ربط دهند ، وجود ندارند . کله سیستکتومی باعث تغییرات پا برجای در جریان مواد در روده می شود و این تغییرات تاثیرات تعدیلی قابل توجهی بر عادات روده ای دارند . کله سیستکتومی با تسریع عبور توده مدفوعی از کولون (عمدتاً از کولون راست) ، مدت زمان عبور مواد از روده را کوتاه می کند و در نتیجه باعث افزایش برون ده اسید های صفراوی کولون و تغییر ترکیب اسیدهای صفراوی به سمت اسیدهای صفراوی ثانویه و در نتیجه تشدید اسهال ، می گردد . در صورتی که اسهال شدید باشد (یعنی دفع مدفوع آبی ، 3 بار یا بیشتر در هر روز) ، می توان آن را تحت عنوان اسهال پس از کله سیستکتومی طبقه بندی نمود که این حالت در 10%- 5% بیماران که تحت کله سیستکتومی انتخابی قرار می گیرند ، رخ می دهد . درمان با داروی جاذب اسیدهای صفراوی ، مانند کلستیرامین یا کلستپول ، غالباً در تخفیف اسهال مشکل ساز، موثر است.

تعریف اسهال :

بیشتر بیماران آبی شدن مدفوع را ویژگی اصلی اسهال در نظر می گیرند ، محققین نیز فرکانس یا وزن مدفوع را ملاکی برای اسهال در نظر می گیرند . حرکات روده ای 3 بار یا بیشتر در روز غیر طبیعی است و حد بالای وزن مدفوع عموماً 200 گرم روزانه در کشورهای غربی اسهال در نظر گرفته می شود . هرچند که اسهال تنها براساس وزن مدفوع روزانه نباید در نظر گرفته شود ، بعضی افراد در نتیجه مصرف فیبر وزن مدفوع بیشتری دارند اما اسهال ندارند و در بعضی کشور های در حال توسعه برون ده مدفوع تا 300 گرم طبیعی است . برعکس حدود 20% بیماران با اسهال وزن مدفوع نرمال دارند . در این بیماران روشن نیست که با دفعات دفع مدفوع افزایش دارد یا تغییر در قوام مدفوع دارند.

فصل دوم

بررسی متون

الف - در بررسی 100 بیمار در سال 2008 در استرالیا اسهال بعد از کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک (PLCD) بررسی شد که در 17 بیمار اسهال مزمن بعد از (PLCD) ایجاد شد و (PLCD) با 2 یا 3 فاکتور رابطه داشت : سن زیر 50 سال و جنس مرد و $BMI > 25 \text{ kg/m}^2$. بالاترین میزان ایجاد (PLCD) در مردان چاق زیر 50 سال بود $OR = \text{odds ratio} : 1/26$ و کمترین آن در افراد بالای 50 سال با $BMI < 25 \text{ kg/m}^2$ با $OR = 0.8$ بود و در نتیجه 17% بیماران اسهال New Onset بعد از (PLCD) داشتند که به طور مستقل با سن پائین تر به ویژه زیر 50 سال با BMI بالا و جنس مرد همراهی داشت.(9)

ب - در تحقیقی با Case 200 که کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک شدند در تا یوان در بررسی 11 ماهه اسهال در 5% بیماران ، بعد از LC 26% دچار اسهال شدند.(10)

ج - در بررسی دیگری روی 82 بیمار تحت LC 26% دچار اسهال شدند که در عرض پیگیری 13 ماهه بیشتر عوارض بعد از LC به تدریج خوب شدند. (12)

د - در بررسی 148 بیمار PLC در بیمارستان Hospital General Mayo ایرلند 12% اسهال مزمن پیدا کردند که از 3 تا 6 بار دفع آبکی روزانه داشتند.

ه - در تحقیقی در سال 2014 که در آن 115 بیمار قبل از کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک و یک هفته بعد از عمل به صورت تلفنی تحت مصاحبه قرار گرفتند و نتیجه آن 21.25% اسهال یک هفته بعد از عمل که تحت رژیم کم چرب قرار گرفته بودند ، داشتند. (13)

و - و در تحقیقی دیگر در سال 1993 تعداد 148 بیمار بعد از LC بررسی شدند 12% مدت 4 سال بعد از LC اعلام کردند تغییر در عادات گوارشی داشته اند با بیش از 3 تا 6 حرکات گوارشی آبکی روزانه و بین 4% و 5% بیماران اسهال قبل از عملشان با LC به طور قطعی بدتر شد. (14)

ز - در مبحث عوارض کله سیستکتومی در اصول طب داخلی هاریسون 2012 دفع مدفوع آبکی 3 بار یا بیشتر در هر روز بعد از کله سیستکتومی را تا 10% بیماران ذکر کرده است.

فصل سوم

مواد و روش کار

1-3 اهداف

هدف اصلی :

تعیین شیوع اسهال بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک

اهداف فرعی :

1. تعیین شیوع اسهال بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک در ارتباط با سن
2. تعیین شیوع اسهال بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک در ارتباط با جنس
3. تعیین شیوع اسهال بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک در ارتباط با بیماری زمینه ای
4. تعیین شیوع اسهال بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک در ارتباط با مصرف دارو
5. تعیین نسبت جراحی کله سیستمی لاپاروسکوپیک در زنان نسبت به مردان

اهداف کاربردی :

تعیین شیوع اسهال بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک در ارتباط با غذای کم چرب

فرضیه ها یا سوال های پژوهش :

- آیا شیوع اسهال بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک با مصرف دارو در ارتباط است؟
- مصرف غذای کم چرب در پیشگیری از اسهال بعد از Lap Chol تاثیر دارد.
- آیا شیوع اسهال بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک با سن در ارتباط است؟

نوع مطالعه : اپیدمیولوژیک

زمان و مکان انجام مطالعه :

این مطالعه در سال 1393 و 1394 در بیمارستان ولایت شهر قزوین وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شد.

جمعیت مورد مطالعه :

جامعه مورد مطالعه بیماران در بیمارستان ولایت قزوین بودند که به علت کولیک صفراوی بستری شده بودند. اطلاعات بیماران شامل نام بیمار ، سن بیمار ، جنس بیمار ، تاریخ بستری ، تاریخ عمل ، شماره پرونده ، تلفن تماس و داروهای مصرفی و بیماری زمینه ای قبل و بعد از عمل و با یا بدون رژیم غذایی کم چرب و مصرف سیگار و عوارض اسهال و یبوست بعد از عمل جمع آوری شد.

نمونه مورد بررسی :

88 بیمار مبتلا به کولیک صفراوی که کاندید عمل جراحی کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک بودند.

معیارهای ورود به مطالعه :

– بیماران بالای 18 سال

– از هر دو جنس

معیارهای خروج از مطالعه :

– بیماران با سابقه اسهال قبلی

– بیماران مبتلا به بیماری IBS و IBD

– بیماران با سابقه مصرف مواد مخدر

– بیماران با مصرف داروهای مسهل

2-3 روش اجرا و طراحی تحقیق

(Methodology & Research Design)

این مطالعه به صورت مقطعی در بیمارانی که تحت جراحی کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک به علت کولیک صفراوی قرار گرفته بودند ، در بیمارستان ولایت قزوین انجام شده است . در این روش اطلاعات کلیه بیماران 18 سال به بالا ، قبل از انجام عمل که شامل موارد سن ، جنس ، وجود بیماری زمینه ای و سابقه اسهال قبلی و مصرف دارو و سیگار و مخدر و نیز دفعات کارکرد شکم و داشتن یبوست یا اسهال بود ، اخذ

گردید. سپس پس از اینکه بیماران تحت کله سیستمی لاپاروسکوپیک قرار گرفتند داروی بعد از عمل و داشتن درن شکمی نیز ثبت شد و بیمارانی که یک یا دو روز بعد از انجام عمل ترخیص شدند ، انتخاب شدند و پس از 10 – 15 روز بعد از گذشت عمل مجددا اطلاعات مربوط به داشتن اسهال و دفعات مدفوع در روز و قوام آن و مدت آن و اینکه آیا غذای چرب یا بدون چربی مصرف کرده اند ، ثبت گردید.

3-3 جامعه مورد مطالعه و روش نمونه گیری

(Sampling Procedures)

بیماران مراجعه کننده به بیمارستان ولایت قزوین جهت کله سیستمی لاپاروسکوپیک که بصورت تصادفی تا تکمیل حجم نمونه انتخاب شدند :

$$n = \frac{z^2 \cdot p(1 - p)}{d^2}$$

بر اساس فراوانی 25% اسهال بعد از کله سیستمی در مرور مقالات تعداد نمونه 72 نفر برآورد می گردد.

$$Z=1.96$$

$$P=0.25$$

3-4 روش جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها :

اطلاعات جمع آوری شده توسط پرسشنامه و نتایج میزان شیوع اسهال بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک وارد نرم افزار آماری SPSS می گردد و با استفاده از روش های آماری توصیفی و آنالیز داده ها با چای square و T-Test در مورد مقادیر کمی مورد بررسی قرار می گیرد.

محدودیت های اجرایی طرح و روش حل مشکلات :

عدم همکاری بیمار برای پاسخگویی به سوالات ، که در جهت حل این مشکل ، پرسش های مکرر در زمان های متفاوت انجام گرفت.

ملاحظات اخلاقی :

طرح پس از تصویب در کمیته اخلاق دانشگاه انجام می گردد ، اطلاعات حاصل از طرح به صورت کلی و بدون نام منتشر می گردد ، طرح برای بیماران توضیح داده می شود و بیماران با رضایت وارد طرح می شوند.

3-5 جدول متغیرها :

عنوان متغیر	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		تعریف علمی	مقیاس
			پیوسته	گسسته	اسمی	رتبه ای		
جنس	✓				✓			مرد/ زن
سن	✓			✓				سال
مصرف انرژی بیوتیک	✓				✓			دارد/ ندارد
آزمایشات	✓				✓			نرمال/مختل
رزم								کم چرب/نرمال
التهاب								دارد/ندارد
بعد از اسهال عمل	✓				✓		آبکی ۳ مدفوع بار یا بیشتر در روز	دارد/ ندارد
درن	✓				✓			دارد/ندارد

فصل چهارم

یافته ها

جدول شماره 1:

توزیع فراوانی گروه های مورد مطالعه برحسب جنس (88 نفر)

درصد	فراوانی	شاخص متغیر	
		جنس	مرد
20/5%	18		
79/5%	70		

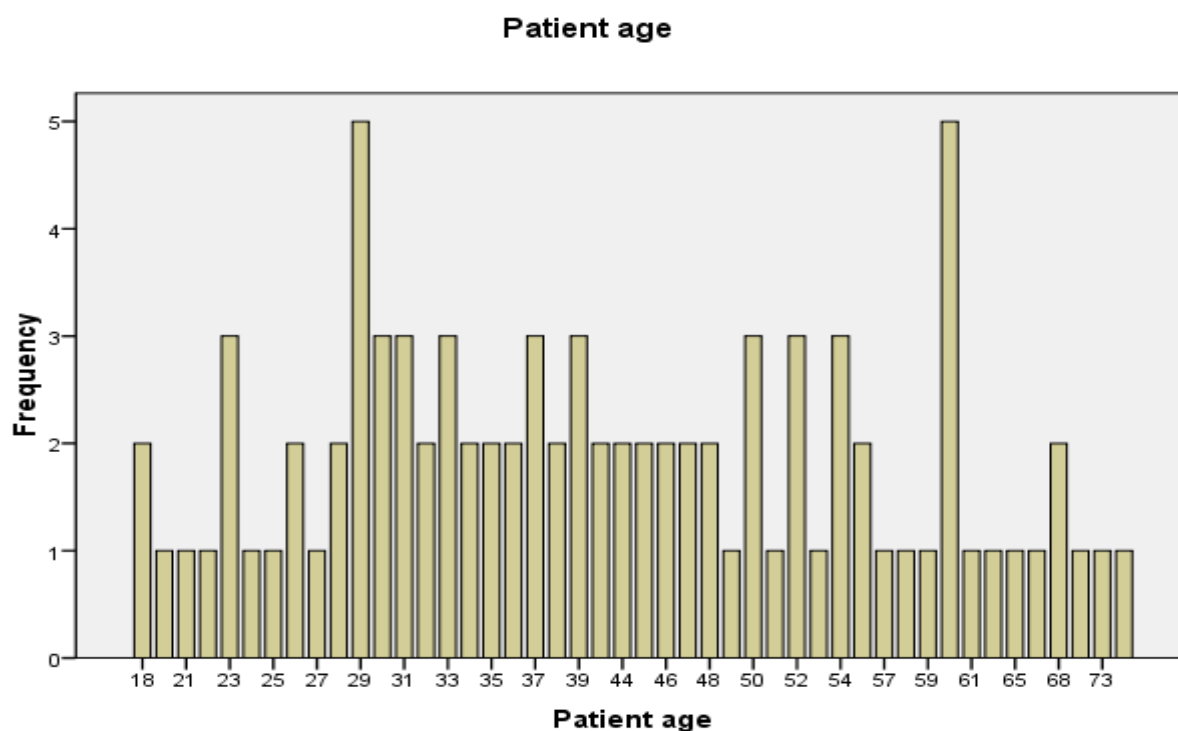
در این مطالعه 20/5% نمونه ها را مردان و 79/5% نمونه ها را زنان تشکیل دادند و این مطلب نشان می دهد نمونه های مطالعه از نظر جنس همگن نیستند و 79/5% کله سیستمی ها زن هستند.

جدول شماره 2:

توزیع فراوانی گروه های مورد مطالعه برحسب سن (88 نفر)

شاخص متغیر	میانگین	انحراف معیار	مینیم	ماکزیم
سن	42/19	14/4	18	75

میانگین سنی نمونه های مطالعه $42/19 \pm 14/4$ بود که نشان دهنده این مطلب است که نمونه ها دارای میانگین سنی پایینی بودند.

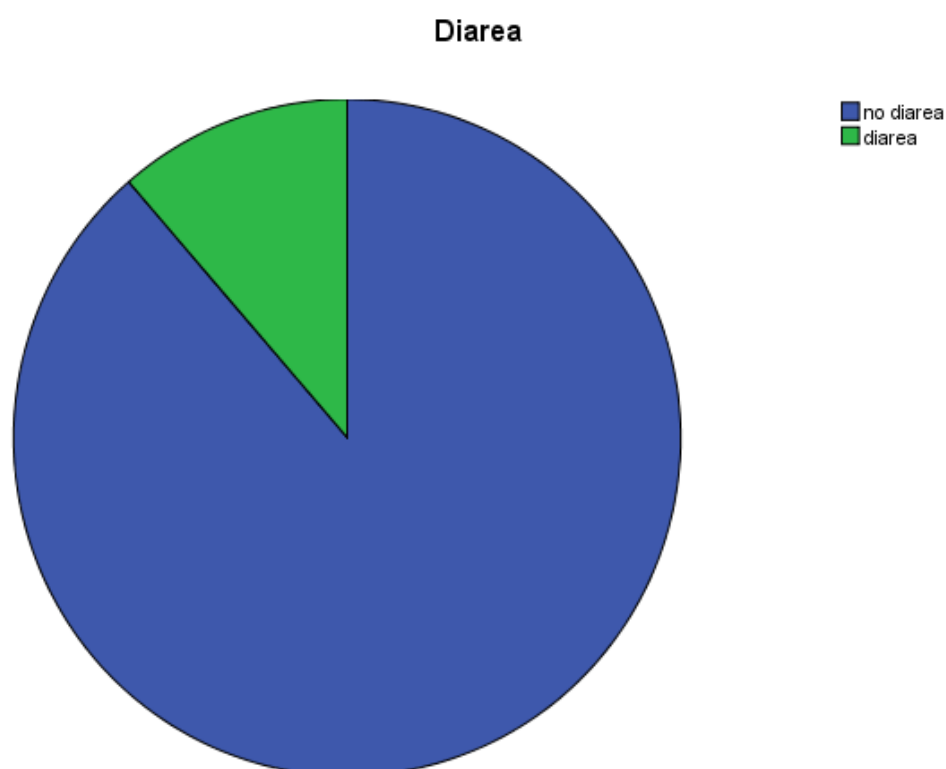


جدول شماره 3:

توزیع فراوانی گروه های مورد مطالعه برحسب اسهال بعد از عمل (88 نفر)

شاخص متغیر	فراوانی		درصد
	دارد	ندارد	
اسهال	10	78	11/4%
			88/6%

در این مطالعه شیوع اسهال بعد از کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک 11/4% می باشد.



جدول شماره 4:

مقایسه رابطه جنس بیمار و اسهال بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک

جمع کل	اسهال		جنس بیمار
	با اسهال	بدون اسهال	
70	7	63	زن
18	3	15	مرد
88	10	78	کل

در این مطالعه با توجه به جدول بالا و استفاده از آزمون χ^2 $P=0/421$ می باشد که معنی دار نمی باشد لذا بروز اسهال با جنس رابطه معناداری ندارد.

جدول شماره 5:

مقایسه رابطه سن بیمار و اسهال بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک

سن بیمار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
بدون اسهال	78	43/36	14/189
با اسهال	10	33/10	13/354

میانگین سنی بیماران بدون اسهال و با اسهال بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک به ترتیب 43/36 و 33/10 بدست آمده است که با استفاده از spss و آزمون T-Test مقدار $P=0/033$ بدست می آید که معنی دار می باشد ($0/05 < 0/033$).

جدول شماره 6:

مقایسه رابطه رژیم معمولی با بروز اسهال بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک

رژیم	اسهال		جمع کل
	بدون اسهال	با اسهال	
کم چرب	24	2	26
معمولی	54	8	62
جمع کل	78	10	88

با استفاده از آزمون χ^2 مقدار $P=0/717$ که نشان می دهد ایجاد اسهال با رژیم معمولی بعد از عمل رابطه معنی داری ندارد.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

همانگونه که در فصول قبل بیان شد مطالعاتی در زمینه ایجاد اسهال بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک با شیوع از 10% تا 15% حاصل شده بود و نیز در یک مطالعه در استرالیا اسهال در سن زیر 50 سال همراهی بیشتری داشته است.

در این مطالعه که بروز اسهال در 10 تا 15 روز بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک بررسی شد میزان شیوع اسهال در 88 بیمار 11/4% بدست آمد که با جنس، سن و نوع رژیم بررسی شد که با توجه به جداول 1 تا 6 شیوع کله سیستمی لاپاروسکوپیک در زن نسبت به مرد 79/5% در برابر 20/5% بدست آمد و میانگین سنی عمل کله سیستمی لاپاروسکوپیک 42 سال می باشد و اسهال با جنس و رژیم غذایی رابطه معنی داری ندارد ولی بین اسهال و سن رابطه معنی داری بدست آمد مبنی بر اینکه اسهال بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک (PLCD) در سن پایین تر بیشتر بروز می کند.

نتیجه گیری:

بر اساس این مطالعه به نظر می رسد بعد از عمل کله سیستمی لاپاروسکوپیک شیوع اسهال 11/4% می باشد و ایجاد اسهال با سن رابطه معنی داری دارد و در سن پایین تر بیشتر بروز می کند. همچنین درصد زن و مرد جهت کله سیستمی لاپاروسکوپیک به ترتیب 79/5% و 20/5% می باشد و هدف کاربردی این مطالعه به صورت زیر بدست آمد که اسهال بعد از عمل با رژیم معمولی یا کم چرب رابطه معنی داری ندارد.

منابع مأخذ :

1. **Schwartz's principles of surgery Volume 2 / 2015 / Tenth edition / Charles Brunicaudi / Mc Graw Hill Education .**
2. **Sabiston Textbook of surgery / Volume 1 & 2 / 2008 / 19th edition / Townsend , Beauchamp / Elsevier .**
3. **Sabiston Textbook of surgery / Volume 1 & 2 / 2012 / 20th edition / Townsend , Beauchamp / Elsevier .**
4. **Maingot's abdominal operations / Volume 2 / 2007 / 11th edition / Michael j. Zinner / Mc Graw Hill Education .**
5. **Maingot's abdominal operations / Volume 2 / 2012 / 12th edition / Michael j. Zinner / Mc Graw Hill Education.**
6. **Harrison's principles of internal medicine / Volume 1&2 / 2012 / 18th edition / Longo , Fauci , .../ Mc Graw Hill Education.**
7. **Fischer's Mastery of surgery / 2012 / 6th edition , Josef E. Fischer , Jones.../ Lippincott William & Wilkin.**
8. **Sleisenger and Fordtran's Gastro intestinal and liver disease / Volume 1 / 2010 / 9th edition / Mark Feldman , Lawrence , .../ Saunders Elsevier.**
9. **ANZ Journal of surgery/ Volume 78 / Issue 6 / Pages 482-486 / June 2008.**
10. **Journal of the Formosan medical Association Department of General surgery , Cathay General Hospital / Taipei, Taiwan.**
11. **American Journal of Gastroenterology / July 2002 / Volume 97(7). Site: www.sciencedirect.com.**
12. **The American Journal of surgery / May 1994 / 167(5).**
13. **Asian Journal of surgery / October 2014 / Volume 37(4): 171-177 , doi; 1001016/J. asjsur201401008.**
14. **Scientific Paper (<http://gut.bmj.com> 2015) / Department of Gastroenterology / Mayo General Hospital / Gastle bar / Irland .**

ABSTRACT

Background: Due to Laparoscopic Cholecystectomy is common , and one of the complications after this operation is Diarrhea , therefore Investigation the relationship between diarrhea with Factors aggravating or causing it , are Important and Practical. Diarrhea can be reduced and controled with control and considering these factors.

Methods: In this prospective study , 88 patients with chronic Cholecystitis (Billiary Colic) in 2015 & 2016 for the Laparoscopic Cholecystectomy were referred to Qazvin Velayat Hospital were studied. As pre oprative and post oprative history and laboratories , sonography , age , sex , low fat diet using , diarrhea , drug use ,... were received 10-15 days after opration. Then we compare incident of diarrhea with age , sex , diet , antibiotic use ,...data by SPSS and using chi square , T-Test were analyzed.

Results: 88 patients with mean age 42.19 ± 14.4 with majority 79.5% of women were studied. The result showed a prevalence of 11.4% diarrhea 10-15 days after Laparoscopic Cholecystectomy. The relationship of post Laparoscopic Cholecystectomy diarrhea (PLCD ¹) with sex and inflammation of Gall bladder , law fat diet had P-Value>0.05 and therefore without meaningful relationship. Relationship of PLCD with age (P=0.033) had been showed . PLCD was more in lower mean age 33.10 years old in relate to without diarrhea mean age 43.36 years old.

Conclusions: Due to the no relation of PLCD with low fat diet , patients can use normal diet after PLC² and PLCD is more common in mean age 33.1 in ralation to no diarrhea after PLC with mean age 43.36 years old.

1 . post Laparoscopic Cholecystectomy diarrhea

2 . post Laparoscopic Cholecystectomy

نمونه برگه اطلاع رسانی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی استان قزوین

عنوان پژوهش: بررسی شیوع اسهال بعد از کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان ولایت در سال 1393 و 1394

مقدمه ای مختصر: بیماری سنگ کیسه صفرا یکی از عمده ترین مشکلاتی است که لوله گوارش را درگیر میکند که دو سوم این بیماران دچار کله سیستیت مزمن یا کولیک صفراوی می شوند که تحت کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک الکتیو قرار میگیرند . در تحقیقات انجام شده بیماران ۲۵ % اسهال بعد از کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک دارند که در هفته اول پس از جراحی ایجاد می شود . هدف از مطالعه حاضر تعیین شیوع اسهال بعد از کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک در ارتباط با غذای کم چوب است.

روش مطالعه : این مطالعه به صورت مقطعی در بیمارانی که تحت جراحی کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک به علت کولیک صفراوی قرار گرفته بودند در بیمارستان ولایت قزوین انجام شده است و اطلاعات مربوط به سن، جنس، وجود بیماری زمینه ای و سابقه اسهال قبلی، مصرف سیگار و دارو از همه بیماران اخذ شد . و جهت همه بیماران ۱۰ روز بعد از عمل در مورد دفعات و قوام دفع مدفوع سوال شد.

شرکت در مطالعه و قرار گرفتن در هر یک از گروه های مطالعه کاملاً اختیاری بوده در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری، فرد از مطالعه خارج خواهد شد.

آدرس و شماره تماس پژوهشگر:

دکتر حسین فاتحی پور- بیمارستان ولایت- گروه جراحی

نمونه برگه رضایت نامه



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی استان قزوین

عنوان پژوهش: بررسی شیوع اسهال بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان ولایت در سال 1393، 1394

شرکت در مطالعه و قرار گرفتن در هر يك از گروه هاي مطالعه كاملاً اختیاری بوده در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری، فرد از مطالعه خارج خواهد شد.

کلیه اطلاعاتی که از بیماران گرفته می شود و محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج تحقیقات به صورت کلی و در قالب اطلاعات گروه مورد مطالعه منتشر می گردد.

عوارض جانبی احتمالی پژوهش:

هیچگونه عارضه جانبی برای بیمار ندارد.

فوائد احتمالی پژوهش:

تعیین ارتباط بین شیوع اسهال بعد از کله سیستمی لاپاروسکوپیک در ارتباط با غذای کم چوب ، می تواند کمک به کاهش اسهال با مصرف غذای کچرب بکند.

اقداماتی که برای انجام پژوهش بر روی فرد مورد مطالعه انجام می شود به زبانی کاملاً ساده و قابل فهم :

هیچگونه اقدام خاصی صورت نمی گیرد.

اینجانب..... با آگاهی کامل و مطالعه برگه اطلاع رسانی، تمایل خود را به عنوان يك فرد مورد مطالعه جهت شرکت در پژوهش نامبرده در بالا به مدت 9 ماه به سرپرستی آقای دکتر حسین فاتحی پور..... اعلام می دارم . و این موافقت مانع از اقدامات قانونی اینجانب در مقابل دانشگاه ، بیمارستان، پژوهشگر و کارمندان در صورتی که عملی خلاف و غیر انسانی انجام شوند نخواهد شد.

آدرس، تلفن تماس، امضاء و اثر انگشت بیمار مورد مطالعه:

امضاء و شماره تماس پژوهشگر که در صورت هرگونه مشکل یا عارضه احتمالی می توانید با وی تماس بگیرید:

دکتر حسین فاتحی پور- بیمارستان ولایت- گروه جراحی